



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för arbets- och folkhälsovetenskap

Förutsättningar för samverkan, samarbete och samordning i Gävleborgs folkhälsoarbete.

Baslinjemätning vid implementering av programmet GU Folkhälsa.

Jenny Hjertbro Haapala

2013

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Folkhälsovetenskap
Folkhälsovetenskap C: Examensarbete.
Hälsopedagogiska programmet

Handledare: Ieva Reine
Examinator: Ola Westin

Abstract

Hjertbro-Haapala, J. (2013). *Preconditions for collaboration, cooperation and coordination in Gävleborg region public health work. Baseline of the implementation of the program GU Public Health.* C-essay in Public Health. The Academy for health and working life, University of Gävle.

Purpose: The aim of the study was to identify, by measuring the current baseline, how collaboration, cooperation and coordination work in Gävleborg region, and the conditions for implementation of the program GU Public Health.

Methods: 11 people participated in the survey, and they were divided into three focus groups. Participants came from the county, the county government, Gävleborg region and municipalities. Group interviews were recorded, then transcribed and coded. Relevant parts were assembled into categories with a similar content.

Results: There is a need for all actors to be involved in the interaction and collaboration because health problems are similar in municipalities, besides many individuals are working alone. A representative from the municipalities should join to the Secretariat of the GU Public Health. Collaboration often stands back because it takes much time to travel. Politicians should be involved because they are the ones who make decisions about allocation of resources.

Conclusions: A political decision that actors should interact can lead to better cooperation and collaboration regionally. Collaboration with committed politicians and other actors can contribute to actors becoming stronger together and a better implementation of public health. Collaboration should be allowed to take time and cost money.

Keywords: Collaboration, cooperation, coordination, public health work, implementation.

Sammanfattning

Syftet med undersökningen var att genom en baslinjemätning ringa in dagsläget för hur samverkan, samarbete och samordning fungerar, samt förutsättningarna för implementeringen av programmet GU Folkhälsa. **Metod:** 11 personer deltog i undersökningen och dem delades upp i tre fokusgrupper. En grupp bestod av en person vardera från landstinget, länsstyrelsen samt region Gävleborg och de andra två grupperna bestod av åtta personer från kommunerna i Gävleborgs län. Gruppintervjuerna spelades in och transkriberades sedan. Intervjumaterialet kodades och relevanta delar sattes samman i kategorier med liknande sammanhang. **Huvudresultat:** Utifrån fokusgruppsintervjuerna framkom det olika kategorier som resulterade i att: Alla aktörer bör involveras i samverkan och samarbete eftersom det är ett värdefullt arbete då hälsoproblemen är liknande i kommunerna och många personer arbetar ensamma. För att arbetet med GU Folkhälsa ska fungera och alla aktörer ska medverka bör en representant från kommunerna omgående ansluta till sekretariatet för GU Folkhälsa. Samverkan får ofta stå tillbaka för folkhälsostategerna eftersom det tar mycket tid att resa. Folkhälsofrågor prioriteras inte trots att ohälsa kostar mycket pengar och politiker bör vara mer engagerade eftersom det är dem som fattar beslut om hur resurser ska fördelas. **Slutsats:** Om det införs ett politiskt beslut om att aktörerna ska samverka, kan det bidra till bättre samverkan och samarbete regionalt. Samverkan med engagerade politiker och övriga aktörer kan leda till att aktörerna tillsammans blir starkare och kan genomföra bättre folkhälsoarbete. Samverkan måste få ta tid och kosta pengar för slutligen kommer det att resultera i bättre folkhälsoarbete som leder till att ohälsan minskar.

Nyckelord: Samverkan, samarbete, samordning, folkhälsoarbete, implementering.

Innehållsförteckning

1 Bakgrund	1
1.1 Samverkan, samarbete och samordning	2
1.2 Svensk folkhälsopolitik	3
1.3 Samverkan i Gävleborg	4
1.4 Samarbete i nätverk	5
1.5 Hinder med samverkan	6
2 Syfte	7
2.1 Frågeställningar	7
3 Metod	7
3.1 Val av ansats	7
3.2 Urval	8
3.3 Datainsamling	8
3.4 Dataanalys	10
3.5 Etiska överväganden	10
4 Resultat	11
4.1 Fler behöver samverka	11
4.2 Förutsättningar för samverkan	13
4.3 Hinder för samverkan	15
4.4 Förståelse för GU Folkhälsa	16
4.5 Bättre förutsättningar med GU Folkhälsa	17
5 Diskussion	18
5.1 Metoddiskussion	18
5.2 Resultatdiskussion	21
6 Slutsats	24
Referenser	
Bilaga 1 Informationsbrev	
Bilaga 2 Intervjuguide	

1 Bakgrund

Enligt World Health Organization (WHO 1986) är hälsofrämjande arbete en process som gör det möjligt för människor att öka kontrollen över och förbättra sin hälsa. Hälsofrämjande arbete fokuserar på att uppnå jämlikhet i hälsa och det ska finnas samma förutsättningar för både män och kvinnor. Genom att minska skillnaderna i befolkningens nuvarande hälsotillstånd och arbeta för att befolkningen ska ha samma möjligheter och resurser, finns det stor chans för människorna att uppnå en god hälsa (ibid.). Enligt Marmot & Bell (2012) är ojämlikheten i hälsan stor både mellan och inom länder. För att kunna minska ojämlikheten ska åtgärder göras i hela samhället med fokus på sociala faktorer, eftersom det visats att sociala faktorer till stor del bestämmer hälsan i befolkningen och sociala faktorer skiljer mest mellan människor (ibid.). Marmot & Bell berör alltså ett av WHO's viktigaste områden, där folkhälsoarbete går ut på att uppnå jämlikhet i hälsa. Det är viktigt att alla människor har samma förutsättningar för att uppnå en god hälsa, oavsett bakgrund, nationalitet eller kön. Minskade skillnader i hälsa kan både ses som medel och mål för en hållbar utveckling (Sveriges kommuner och landsting [SKL] 2013). Förebyggande och hälsofrämjande insatser ger en positiv påverkan på samhällsekonomi, miljö och klimat, trygghet och social sammanhållning, samtidigt som dessa insatser återverkar positivt på människors hälsa (ibid.).

Varje individ bär ett ansvar för sin hälsa, men eftersom samhället måste ge individen förutsättningar för att ta ett sådant ansvar, så är alla samhällsaktörer viktiga och nödvändiga för att skillnaderna i hälsa ska kunna minskas (SKL 2013). Den svenska nationella folkhälsopolitiken syftar till att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen och detta är det nationella folkhälsomålet i Sverige (Socialdepartementet 2002) som består utav 11 målområden som omfattar livsvillkor, livsmiljö och levnadsvanor (Statens folkhälsoinstitut 2010). De 11 målområdena kan uppnås effektivast genom insatser från flera olika organisationer (Jansson, Fosse & Tillgren 2010), till exempel genom att länsstyrelsen, landstinget, regionen och kommuner samverkar. Det genomsnittliga hälsoläget i Sverige har blivit bättre och det är en positiv utveckling som skett på grund av de satsningar som genomförts inom välfärdssektorn i Sverige genom kommuner, landsting och regioner (SKL 2013). Men skillnaden i hälsa mellan olika sociala befolkningsgrupper har ökat

sedan 1980-talet. Så trots allt framgångsrikt arbete finns det behov av att ta ytterligare steg framåt för att svenskarnas hälsa ska bli bättre och jämlik (ibid.).

Det traditionella folkhälsoarbetet sker främst inom kommunernas och landstingens verksamheter (Statens folkhälsoinstitut 2009). Ett övergripande mål bakom den svenska utvecklingen mot en ökad samverkan har varit att förbättra kvaliteten i välfärdsproduktionen, genom att flera olika organisationer bidrar med utökande kunskap, resurser och kompetens (Axelsson & Bihari-Axelsson 2007).

1.1 Samverkan, samarbete och samordning

Axelsson & Bihari-Axelsson (2007) menar att samverkan innehåller inslag av både samordning och samarbete och därför används samverkan ofta som en samlingsbeteckning. Samverkan bygger på en hierarkisk samordning kombinerat med ett frivilligt nätverksarbete. Samverkan, samarbete och samordning kan även benämnas som integration, vilket innebär att olika aktörer och aktiviteter har förts samman till en större enhet. Eftersom det är ett stort antal aktörer bidrar det till ett stort behov av gränsöverskridande samverkan (ibid.).

Utifrån WHO har gemenskapsåtgärder och sektorsövergripande samverkan varit grundläggande principer i hälsofrämjande arbete (Andersen, El Ansari, Rasmussen & Stock 2010). En överenskommen eller avtalad relation som kan upprättas mellan aktörer och beslutsfattare är ett partnerskap (Stockholms län, Landstinget 1998). Partnerskapet kan ske inom landsting, kommuner samt statliga förvaltningar och avser att koppla samman kompetens som finns på olika nivåer i samhället (ibid.). Det finns flera faktorer som påverkar partnerskap varav den ena faktorn är tydligheten i partnerskapet, om alla parter är tydliga och öppna om samarbetet, finns stor sannolikhet att partnerskapet lyckas (Andersen, El Ansari, Rasmussen & Stock 2010). I en studie om samarbete mellan akademiska institutioner och praktiker, framkom det att för att uppnå ett framgångsrikt folkhälsoarbete är partnerskap en grundläggande del (Caron, Hiller & Wyman 2013). Genom att engagera många olika aktörer och få tillgång till olika resurser kan lokala folkhälsoproblem åtgärdas (ibid.). Interorganisatorisk samverkan är ett samarbete mellan individer i en grupp och i forskning om folkhälsa har det framkommit att samarbete inom folkhälsoområdet kan vara till stor nytta och kan resultera i fördelar som delat lärande, resursutbyte och ökad gemenskapsresurs (Varda, Shoup & Miller 2012). Inom folkhälsoarbete bör nätverk uppmuntras eftersom det

främjar social interaktion, delat ansvar och lagarbete (ibid.). I en studie om samarbete mellan myndigheter belystes att samverkan inom folkhälsoområdet är kopplat till hälsoresultat (Varda, Chandra, Stern & Lurie 2008). Genom att resurserna inom folkhälsa maximeras kan samarbetet utvecklas och nätverk användas för att bygga upp folkhälsoområdet (ibid.). Bailey & Dal Poz (2010) kom fram till att för att bygga upp en stark arbetskraft inom folkhälsan krävs ett starkt ledarskap från nationella regeringar och samverkan måste ske mellan många olika sektorer, även hälso- och utbildningssektorn är viktig i samverkan. Ett framgångsrikt folkhälsoarbete är också beroende av stöd och investeringar från ett brett utbud av internationella organ (ibid.).

Rapporten öppna jämförelser (Berensson 2009) rör folkhälsa samt folkhälsoarbete i Sverige och syftar till att stimulera till analyser och diskussioner för att utveckla folkhälsoinsatser på regional och lokal nivå. Eftersom landsting och kommuner har ett gemensamt ansvar för folkhälsan, krävs ett samarbete och en analys av hur förbättringsarbetet ska gå till. Rapporten visar vad kommuner och landsting åstadkommer och kan förhoppningsvis bidra till ökad kunskap om vad som kan åstadkomma en god folkhälsa och vad landsting och kommuner kan göra på området samt stimulera till samarbete på den lokala nivån (ibid.). Ingen sektor kan ensam ta itu med hälsofrämjande frågor och komma fram till nyskapande lösningar, utan det som är avgörande för att lyckas uppnå bättre resultat inom folkhälsoarbete är samarbete och samverkan mellan sektorer (Baum 2008). Om folkhälsoarbetet ska bli effektivare i framtiden är det viktigt att utövare från olika områden kan samarbeta, eftersom olika aktörer inom folkhälsoarbetet kan bidra med olika värderingar, teorier och kunskaper (ibid.).

1.2 Svensk folkhälsopolitik

Vid hälsofrämjande arbete på lokal nivå visade det sig att förutsättningar för att kunna genomföra ett hållbart och effektivt hälsofrämjande arbete, var att deltagande och aktivt engagemang av lokala ledare och organisationer var viktiga (Jansson, Tillgren 2010). Engagerade och kunniga tjänstemän och politiker, fungerade som drivkrafter för varandra och tillsammans kunde de påbörja lokala hälsofrämjande arbeten med andra aktörer (ibid.). Dock har det framkommit att få personer som ansvarade för hälsofrämjande arbete i kommunerna, hade kunskap om svenska nationella folkhälsopolitiken (Jansson, Fosse & Tillgren 2010). Om politiker och andra aktörer samverkade skulle kommunerna kunna få större insikt i och mer kunskap om den

svenska nationella folkhälsopolitiken och därmed ges förutsättningar till ett effektivare folkhälsoarbete.

I Folkhälsopolitiska rapporten (Statens folkhälsoinstitut 2011) framkom det att två tredjedelar av Sveriges landsting och regioner, har ett organiserat politiskt samarbete med länets kommuner kring det befolkningsinriktade folkhälsoarbetet. Många kommuner ingår dessutom i någon form av nätverk för folkhälsofrågor (ibid.). 20 kommuner, landsting och regioner har tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) under namnet Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa, kommit fram till att det behövs ökad samverkan mellan kommuner, landsting, regioner och andra aktörer i samhället (SKL 2013). För människors hälsa spelar alla aktörer redan en viktig roll, men för att uppnå goda resultat krävs ett gemensamt arbete (ibid.).

1.3 Samverkan i Gävleborg

Denna undersökning berör Gävleborgs län samt deras folkhälsoarbete och valdes på grund av geografiskt närhet till mig som forskare samt att en strategi om folkhälsa skulle implementeras och därför är studien av betydelse samtidigt som det är intressant. En strategi för ett förstärkt folkhälsoarbete i Gävleborgs län har utformats som ”Gemensamma utgångspunkter för arbetet inom folkhälsoområdet i Gävleborg” med arbetsnamn GU Folkhälsa (Region Gävleborg 2009). Region Gävleborg har vid arbetet med att ta fram ett regionalt utvecklingsprogram framhävt att samverkan och samarbete är viktigt inom folkhälsoarbetet och genom att flera aktörer samverkar kan dem tillsammans framarbete nya strategier för att uppnå en bättre hälsa hos invånarna. Utöver det arbete som redan bedrivs för att förbättra befolkningens hälsa, kommer fokus bland annat att läggas på samarbete, samordning och samverkan. Aktörerna som ingår i GU Folkhälsa är länets kommuner, landstinget, länsstyrelsen och Region Gävleborg och dessa samtliga aktörer vill med GU Folkhälsa ange det förhållningssätt som ska känneteckna det egna och gemensamma arbetet, med att skapa gynnsamma samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen i Gävleborgs län (ibid.).

I strategin GU Folkhälsa beskrivs fyra utgångspunkter för att förbättra befolkningens hälsa och dessa är utgångspunkt 1: vägledande principer, utgångspunkt 2: samverkan, samarbete och samordning, utgångspunkt 3: ledning och styrning samt utgångspunkt 4:

uppföljning och utvärdering (Region Gävleborg 2009). I beskrivningarna av utgångspunkterna redogörs för ett antal konsekvenser som pekar på vad som behöver göras för att respektive utgångspunkt ska förverkligas. I denna undersökning läggs fokus på utgångspunkt 2 som är samverkan, samarbete och samordning. Samverkan, samarbete och samordning är en viktig förutsättning för att förbättra befolkningens hälsa och därför behövs en sektorsövergripande samordning mellan de enskilda kommunerna, landstinget, länsstyrelsen och region Gävleborg. Konkreta konsekvenser är bildandet av Nätverket för strategiskt folkhälsoarbete i Gävleborg där varje enskild kommun samt landstinget representeras. Ett sekretariat knyts till nätverket med tjänstemän från landstinget, kommunerna, länsstyrelsen och Region Gävleborg (ibid.).

1.4 Samarbete i nätverk

Integration kan åstadkommas med hjälp av ett nätverk, genom ett frivilligt samarbete mellan olika aktörer (Axelsson & Bihari-Axelsson 2007). Samarbete är den typ av integration som förekommer i ett nätverk genom intensiva kontakter och kommunikationer och bygger på en vilja att arbeta tillsammans (ibid.). I GU Folkhälsa och utgångspunkt 2, kommer ett nätverk att bildas för strategisk samverkan som avser politiker, där varje enskild kommun samt landstinget representeras och ett sekretariat kommer bestå av tjänstemän från kommunerna, länsstyrelsen, region Gävleborg och landstinget (Region Gävleborg 2009). Enligt Axelsson & Bihari-Axelsson (2007) kan samverkan innebära att regelbundna möten anordnas mellan de samverkande organisationerna för kontakter, informationsutbyte och gemensam planering av gränsöverskridande aktiviteter. Sådana möten kan fungera som arenor för samordning och samarbete mellan organisationerna (ibid.).

Genom att bilda regionala samverkansorgan, kan folkhälsoarbetet förbättras eftersom en regional helhetssyn på invånarnas livsvillkor och hälsa behövs enligt Statens folkhälsoinstitut (2009). I flera län i Sverige pågick under år 2009, ett arbete för att ansluta folkhälsofrågor med regionala utvecklings- och tillväxtfrågor (ibid.). Genom att kommunerna och landstinget samverkar tillsammans och med andra aktörer, kan det bidra till att folkhälsofrågor även kan tas upp inom andra områden, till exempel inom ekonomi- och utvecklingsområden.

1.5 Hinder med samverkan

Det finns även svårigheter med att åstadkomma en samverkan mellan olika organisationer och myndigheter inom välfärdssamhället (Axelsson & Bihari-Axelsson 2007). Det krävs stora investeringar i tid och energi för att kunna lyckas att skapa en bra samverkan och för att hålla den vid liv, alltså kan det kosta en del innan den kommit igång ordentligt, ger resultat och lönar sig. Strukturella hinder som kan uppstå inom samverkan kan vara utformningen av finansieringssystem med olika ansvarsområden och budgetar samt gränsdragningar mellan och inom olika myndigheter och organisationer (ibid.). Alltså kan det bli svårt när personerna som ska samverka kommer från olika organisationer, som i denna undersökning från landstinget, länsstyrelsen, region Gävleborg och kommunerna. Det gäller att alla finansieras från sin organisation, eftersom samverkan är värdefullt i arbetet med att förbättra hälsan hos befolkningen. Ett annat stort hinder som Axelsson & Bihari-Axelsson (2007) tar upp är revirbevakande beteende mellan olika myndigheter och organisationer, som hänger samman med både kulturella och strukturella förhållanden. Det är ett beteende som är mycket vanligt i de flesta organisationer och går ut på att personerna försvarar sina yrkesroller, synsätt och kunskaper, vilket försvårar en samverkan mellan organisationer. Samverkan är enligt de flesta forskarna svårt att åstadkomma inom många områden, men det finns ett område där det finns många fördelar och vinster med att samverka och det är inom folkhälsoarbete (ibid.).

Om samarbete, samverkan och samordning inte fungerar inom regionen är det svårt att uppnå ett bra resultat inom folkhälsoarbetet och det kan leda till problem i arbetet för att invånarna ska få de bästa förutsättningarna för att uppnå en god hälsa. Genom att implementera programmet GU Folkhälsa vill man genom gränsöverskridande samverkan mellan politiken och tjänstemannasektorn inom länet, uppnå ett effektivare folkhälsoarbete i länet (Region Gävleborg 2009). För att få reda på hur tjänstemän inom kommunerna, landstinget, länsstyrelsen och Region Gävleborg upplever att samarbete, samordning och samverkan fungerar, ska en baslinjemätning göras vid början av implementeringen av programmet GU Folkhälsa. Baslinjemätningen går ut på att data samlas ihop till en baslinje, det vill säga en uppfattning av processens kapacitet just nu (Solin 2011). Utifrån baslinjemätningen kan även en utvärdering göras vid programmet slut, för att se om implementering av GU Folkhälsa bidragit till någon förändring inom samarbete, samordning och samverkan.

2 Syfte

Syftet med undersökningen var att genom en baslinjemätning ringa in dagsläget för hur samverkan, samarbete och samordning fungerar, samt förutsättningarna för implementeringen av programmet GU Folkhälsa.

2.1 Frågeställningar

- Hur ser aktörerna inom region Gävleborg, landstinget, länsstyrelsen och kommunerna på samverkan, samarbete och samordning i Gävleborgs folkhälsoarbete i dagsläget?
- Hur fungerar eller fungerar inte samverkan, samarbete och samordning emellan aktörerna?
- Inom vilka sammanhang och områden förekommer samverkan, samarbete och samordning oftast med andra aktörer?
- Vad krävs för att nå förståelse för innebörden av arbetet GU Folkhälsa?

3 Metod

I denna undersökning valdes en kvalitativ metodansats och inspiration hämtades från vetenskapssynen hermeneutiken eftersom det som studerades var mänskliga företeelser och handlingar som sågs i sammanhanget kring samverkan, samarbete och samordning (Starrin & Svensson 1994). I hermeneutiken vill man klargöra betydelsen i unika mänskliga sammanhang och förhållanden och i detta fall hur aktörerna inom GU Folkhälsa upplever att samverkan, samarbete och samordning fungerar tillsammans med andra aktörer. Målet med undersökningen var att förstå handlingar och omständigheter, för att genom denna kunskap få bättre möjlighet att förhålla sig och förstå företeelserna i sammanhanget (ibid.).

3.1 Val av ansats

Intervju ansågs vara en bra metod i denna undersökning, eftersom den ger insikt om informanternas erfarenheter, känslor, tankar och sätt att resonera (Dalen 2008). Deltagare i fokusgrupper kan gemensamt resonera sig fram till åsikter och idéer, som under diskussionens gång kan omformuleras och nya idéer kan formas och därför anses fokusgrupper vara bäst lämpad till denna undersökning (Wibeck 2010). Fördelarna med att använda fokusgrupper istället för enskilda intervjuer, var att deltagarna skulle bli inspirerade av varandra, så att tankar väcks och leder till djupare diskussioner, som det kanske inte hade gjort om deltagarna hade blivit intervjuade ensamma. Genom att utföra

intervjuerna i fokusgrupper gav det informanterna chans att bygga vidare på varandras idéer och uppslag (Trost 2010). Med ostrukturerade fokusgrupper fick deltagarna mestadels tala med varandra och inte med moderatorn och på vis kunde deltagarnas egna intressen och föreställningar analyseras (Wibeck 2010). Eftersom ämnet som diskuterades i fokusgruppen var brett och det inte fanns några direkta svar, ansågs det bättre att intervjuguiden var ostrukturerad så deltagarna själva fick diskutera och inte bli styrda av smalare frågor. Genom att ha homogena grupper med deltagare som har liknande arbetsuppgifter, erfarenheter och intresseområden, kunde det bidra till att utbytet av informationen underlättades och deltagarna var mer villiga att dela åsikter med varandra (ibid.).

3.2 Urval

Fokusgrupperna sattes samman enligt ett strategiskt urval, då deltagarna valdes ut i enlighet med undersökningens mål, för att få en ökad insikt och förståelse vad några få människor har att säga inom ämnet (Wibeck 2010). Urvalsprincipen i denna undersökning var existerande listor, eftersom en speciell grupp med människor på förhand var bestämda (ibid.). En lista på tio folkhälsostategier och kontaktuppgifter till samtliga från Gävleborgs kommuner fanns och genom Samhällsmedicin, Landstinget Gävleborg gavs tillåtelse till att använda listan i denna undersökning. Även en kontaktperson vardera på länsstyrelsen, landstinget och region Gävleborg inhämtades från Samhällsmedicin. Dessa personer som tillfrågats att delta i studien, valdes ut på grund av att samtliga berörs av implementeringen av programmet GU Folkhälsa. Alla 13 tillfrågade personer tackade från början ja till att medverka i fokusgrupperna, men innan fokusgrupp två skulle genomföras var det två utav folkhälsostategerna som avböjde och inte kunna medverka, alltså blev det ett bortfall på två personer och slutligen deltog 11 personer i undersökningen.

3.3 Datainsamling

Efter att personerna tillfrågats och tackat ja så delades dem in tre fokusgrupper, varav två grupper bestod av tre och fem folkhälsostategier vardera och en grupp bestod av en person vardera från länsstyrelsen, landstinget och region Gävleborg. Det beslutades att enbart tjänstemän skulle ingå i undersökningen eftersom undersökningen var tidsbegränsad och det därför inte ansågs möjligt att hinna intervjua politiker. Det skulle vara svårt att få tag på politiker från varje kommun som ville ställa upp och kunna enas om datum för att genomföra fokusgrupperna tillsammans. Det togs även ett beslut att

enbart folkhälsostateger skulle ingå i två grupper eftersom det var störst chans att kunna genomföra fokusgrupperna och få dem att resa till samma ort när några utav dem ändå hade andra möten tillsammans efteråt. Därför hamnade landstinget, länsstyrelsen och Region Gävleborg i enskild fokusgrupp eftersom dem tre utgick ifrån samma stad och det på så vis var lätt att få till ett datum som passade dem. Utifrån vilka datum som passade deltagarna i grupperna bestämdes tre olika datum in för genomförandet av fokusgruppsintervjuerna. Samtliga deltagare fick ett informationsbrev e-postat med information om studien, syfte och vilka som valts ut för att delta, se bilaga 1. En intervjuguide framställdes med intervjufrågor som var relevanta utifrån syftet och de centrala frågeställningar som tog upp de viktigaste områdena för undersökningen (Dalen 2008). Intervjuguiden innehöll olika teman, angående nutiden togs dagsläget och samverkan mellan aktörerna upp och angående framtiden berördes programmet GU Folkhälsa, se bilaga 2. Eftersom ostrukturerade frågor ansågs passa bäst i denna undersökning, bestod intervjuguiden av breda områden som deltagarna hade möjlighet att diskutera fritt kring (Wibeck 2010). Den första fokusgruppen som bestod av tre personer som representerade region Gävleborg, länsstyrelsen och landstinget hölls i ett utav region Gävleborgs konferensrum. Andra och tredje fokusgrupperna med folkhälsostateger hölls i Gävle kommunhus i ett konferensrum. Gruppintervjuerna dokumenterades med en diktafon för att moderatorm skulle få möjlighet att koncentrera sig på ämnet och samspelet i intervjun, samtidigt som informanternas egna ord dokumenteras med diktafonen (Kvale & Brinkmann 2009). Om intervjun inte hade spelats in hade det varit svårt att dokumentera allt och att återskapa en rättvis bild av vad deltagarna sagt. Tidsåtgången för fokusgrupperna var 40, 60 och 62 minuter. Efter att fokusgrupperna genomförts och spelats in, transkriberades, skrevs samtalen ut (Wibeck 2010). Trots att transkribering var tidskrävande, valdes ändå denna bearbetning för att få en systematisk och noggrann analys (ibid.). Transkriberingen genomfördes av moderatorm genom att allt som sagts på inspelningen ordagrant skrevs ned, även omtagningar, felstarter och pauser togs med enligt Wibeck (2010) transkriptionsnivå två. Efter att intervjuerna transkriberats skickades en förfrågan ut till deltagarna om de ville läsa igenom det transkriberade materialet. Några ville läsa igenom materialet och därför e-postades materialet till dessa personer, samtidigt som information gavs att inte visa materialet för någon annan eller lämna ut uppgifter om de övriga deltagarna. Eftersom deltagarna inte hade några synpunkter på det transkriberade intervjumaterialet, gjordes inga ändringar i materialet.

3.4 Dataanalys

För att komma åt innehållsliga aspekter av det som sagts av intervjupersonerna, gjordes en innehållsanalys av materialet från fokusgrupperna (Wibeck 2010). I innehållsanalysen togs hänsyn till syftet och frågeställningarna, eftersom det är forskningsfrågan som ska besvaras i studien och ämnen som togs fram i analysen grundades på intervjuguiden (ibid.). De tre transkriberingarna skrevs ut och klipptes sedan isär i mindre bitar för att kodas och det var just det som analysen gick ut på, att separera texten i delar (Kvale & Brinkmann 2009). Kodningen gick ut på att de isärklippta delarna fick egna koder som bestod utav nyckelord för just den textbiten (ibid.). Sedan söktes det efter trender och sammanhang som gjorde att koderna kunde samlas under kategorier med gemensamma sammanhang (Wibeck 2010). Kategoriseringarna framträdde utifrån syftet och beroende på vad som framkom i fokusgrupperna så framträdde sex rubriker/kategorier som redovisas i resultatet under rubrik 4. Några kategorier var utvecklade på förhand, men utifrån intervjumaterialet växte de flesta kategorierna fram under analysens gång (Kvale & Brinkmann 2009).

3.5 Etiska överväganden

Informationskravet uppfylldes genom att informanterna i ett informationsbrev fick kontaktuppgifter till undersökningens ansvariga och undersökningens syfte och beskrivning av hur undersökningen skulle genomföras gavs (Vetenskapsrådet 2002). Informanterna upplystes i informationsbrevet om att intervjudeltagandet var frivilligt och att uppgifterna som samlas in enbart skulle användas i denna undersökning och att Samhällsmedicin skulle ta del av resultatet. Eftersom deltagarna var aktiva under intervjuerna, inhämtades samtycke enligt samtyckeskravet innan intervjuerna påbörjades, genom att deltagarna fick själva välja om, hur länge och på vilka villkor de skulle delta. Informerades gavs också om att de när som helst kunde välja att avbryta utan att det fick negativa följder. Genom konfidentialitetskravet skulle all forskningspersonal underteckna en förbindelse om tystnadsplikt, beträffande användning av etiskt känsliga uppgifter om enskilda och identifierbara personer. Moderatören som också bearbetade materialet berättade att denna hade tystnadsplikt angående allt som inhämtades under intervjuerna. Alla uppgifter som inhämtades under fokusgruppsintervjuerna antecknades, lagrades och avrapporterades på ett sådant sätt att deltagarna inte kunde identifieras av utomstående personer. Uppgifter om deltagarna fick enligt nyttjandekravet, inte användas till något annat än denna undersökning, förutom att de gått med på att Samhällsmedicin fick ta del av resultatet. Personuppgifter

som insamlats för forskningen får inte användas för beslut eller åtgärder som direkt påverkar deltagarna, om inte den berörda gett sitt särskilda medgivande (ibid.).

4 Resultat

I undersökningen deltog sammanlagt elva personer uppdelade i tre fokusgrupper. Personerna A-C var gruppen med landstinget, länsstyrelsen och Region Gävleborg (utan inbördes ordning). Personerna D-K var folkhälsostategerna från kommunerna. Nedan kommer resultatet från fokusgrupperna att presenteras i olika kategorier, som relateras till frågeställningarna för undersökningen samt vad som framkommit tydligt i fokusgrupperna. Dessa sex kategorier framkom: Fler behöver samverka, Förutsättningar för samverkan, Hinder för samverkan, Förståelse för GU Folkhälsa, Hinder att ha i åtanke vid GU Folkhälsa, Bättre förutsättningar med GU Folkhälsa. Intervjupersonerna benämndes med en bokstav vardera istället för att dem skulle namnges.

4.1 Fler behöver samverka

Person B ansåg att det fanns ett bra utgångsläge för samverkan, samarbete och samordning eftersom det är fler länsaktörer på banan nu som blir mer och mer samspelade.

”Ser man som den här stora plattformen för folkhälsa, där tror jag vi har en liten utmaning för det gäller liksom att få alla aktörerna här att känna att det här är ett gemensamt ansvar som vi har, då kan man inte sitta på sin kammare och säga nej men vi pysslar bara med det här och dem andra delarna får någon annan göra.” (Person B)

Person B menar att varje organisation utgår från vad det är för uppdrag man har utifrån den egna organisationen och den nationella folkhälsopolitiken. Men alla måste våga släppa det egna arbetet lite så att man kan arbeta tillsammans över gränserna och inte enbart se till sina egna arbetsområden.

Person A tyckte också att fler aktörer som tidigare inte varit med, behövde involveras i samverkan och i och med att sekretariatet i GU Folkhälsa nu håller på att byggas upp hoppas hon att en gemensam kompass hittas.

”...det är ju otroligt viktigt att även få med andra aktörer om vi ska kunna bli kraftfulla vad gäller folkhälsan.” (Person C)

Person C berättade att det fanns mycket bra folkhälsoarbete ute i länet, men eftersom det kom uppdrag från olika håll och dem körde mycket paralleller, så var det mycket som skulle kunna samordnas för att arbetet ska bli ännu bättre.

”Så skulle vi på något vis få ihop oss till att kunna koncentrera oss på ett, att kunna fokusera oss på ett antal frågor och följa upp dem så skulle ju vi bli betydligt mycket starkare.” (Person C)

Person C menar att det skulle vara av stort värde att få in en representant från kommunerna i sekretariatet men samtidigt tror hon att den personen måste känna att denne har stöd ifrån det kommunala sammanhanget. Person B anser att den kommunala länken som ska in i sekretariatet blir en kanal till att nå dem lokala plattformerna.

Person E berättar att alla organisationer förutom kommunerna har hittat en representant till sekretariatet i GU Folkhälsa. Detta kan bero på att alla förutom kommunerna har ett regionalt uppdrag.

”...kommunerna har inte ett regionalt uppdrag vi har ett lokalt uppdrag och nu ska vi tio kommuner samsas eller enas om en kommun som ska representera alla andra regionalt.” (Person E)

Person C menar att kommunerna måste se ett värde i att släppa en person som blir en representant som ska finnas med i sekretariatet eftersom det bidrar till bättre samverkan och slutligen är förhoppningen att det ska leda till bättre folkhälsoarbete i kommunerna. Alla fokusgrupper ansåg att kommunens representant omgående måste utses och ansluta till sekretariatet för annars kommer arbetet släpa efter och kommunerna kommer att hamna utanför. Person F trodde att alla såg ett värde i samverkan men samtidigt påpekade hon att det inte fick ställas för höga krav på hur dem skulle arbeta, eftersom kommunerna har ett självbestämmande. I och med att kommunerna har sitt självbestämmande, är man också tvungen att arbeta med det som dem lokala politikerna bestämmer sig för sade person I.

Eftersom kommunerna ingick i ett avtal med landstinget som berör folkhälsoarbetet och vad som ska uppfyllas för att kommunerna ska få ta del utav det ekonomiska bidraget, menar flera av informanterna att det kunde vara bra om det ställdes mer krav på vad som förväntas av dem, eftersom dem tar emot pengar. I dagsläget skickar kommunerna in en verksamhetsberättelse men kanske vore det bättre med en samverkan där avtalet följs upp i form av möten.

Person A påpekar att det skulle vara bra med mer fokus på folkhälsoarbete mot nationell och internationell nivå, som det inte talas så mycket om i länet.

Samverkan efterfrågas inom fler områden, alla fokusgrupper har endast berört ett fåtal områden som det sker samverkan inom i dagsläget. Dessa områden är bland annat tobak, Alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT), barn i risk, statistikmaterial, en uppmärksamhetsvecka eller kampanj.

4.2 Förutsättningar för samverkan

Informanterna gav ett exempel på ett annat län där dem som arbetar med folkhälsa i kommunerna har 20 procent i sin tjänst för att samverka med dem andra kommunerna och i och med det har man i det länet uttalat att det är viktigt med samverkan och att dem får tid och utrymme för det. Person K ansåg att det vore bra med ett politiskt beslut om att man ska samverka och att man ser en fördel med att tid från egna jobbet till att jobba med andra.

”Tjänsterna är ju ofta välfyllda och det gör ju att man inte har möjligheter heller att blicka utanför kommunen, utan man har fullt sjå med sin del och försöka få ett driv i sitt arbete inom kommunen...” (Person H)

I alla fokusgrupper togs det upp att många kommuner jobbade var för sig, eftersom det inte fanns någon plan eller att man hade kommit överrens om ett område som alla skulle samverka kring.

”Jag tror inte att det funkar, utan jag tror att alla sitter och jobbar i sina bubblor och gång på gång under flera år har folk försökt att strukturera upp det på något vis”
(Person F)

Person A menar att en förutsättning för bra samverkan, samarbete och samordning när det gäller folkhälsa som är ett stort och vagt område, är att alla kan enas kring några prioriterade områden, målgrupper eller problemformuleringar, för att arbetet ska bli hanterbart. Enligt person H är det lättare att samverka kring konkreta områden eftersom det är mer begripligt och hanterbart.

Den samverkan som fanns mellan kommunerna var då dem träffades i ENOK-gruppen som var ett forum för erfarenhetsutbyte och tankar. ENOK-gruppen gick ut på att de tio folkhälsostategerna samlades och diskuterade kring vilka folkhälsofrågor som var viktiga och vad de arbetade med, samt vad som kunde förbättras. Samverkan i ENOK-gruppen kändes trygg och öppen så ibland hörde vissa av sig till varandra vid andra tillfällen för att hjälpas åt i vissa frågor. Men eftersom hälsoproblemen var likande i kommunerna hade det varit bra med samverkan och det hoppas person H att GU Folkhälsa kommer innebära och leda till.

Flera av informanterna tog upp att det är svårt att kunna samverka och samarbeta när alla arbetar med olika frågor och områden. Person D menade att om politikerna i kommunerna hade prioriterat liknande målområden, gavs det större förutsättningar för kommunerna att kunna samverka. Samtidigt som person F menar att det var lättare att samverka i mindre grupper med kommuner som var liknande och låg närmare varandra.

”Det är ganska svårt att samverka när man har olika fokus och olika utrymmen faktiskt.” (Person G)

”...vilka är frågorna som vi kan samverka om regionalt, det är ju inte allting. Kommunerna ska ju själva bestämma vad dem vill prioritera och vad dem vill inrikta sig på, så att samverka kring allt det tror jag inte på.” (Person E)

Person E ifrågasatte också hur mycket tid man kan lägga på samverkan, exempelvis för dem som jobbar 50 procent så får samverkan ofta stå tillbaka eftersom det tar mycket tid även om det ger mycket. Person J tyckte också att det var viktigt att det inte går åt för mycket tid till att resa runt eftersom det är stort län, utan det är viktigt att mötena har ett innehåll. Det behövs ett tydligt syfte med varför man ska träffas och samverka, samarbeta.

”Det ska ju inte bli ett mer-arbete utan det ska snarare stärka oss i våra positioner, eftersom vi är ensamma och vi driver jättearbete...” (Person H)

Flera av folkhälsostrategerna tyckte att det skulle vara en trygghet att ha möjlighet att samverka med andra, eftersom dem var ensamma i sina funktioner och det kunde vara bra att diskutera saker med andra och få idéer.

4.3 Hinder för samverkan

Enligt person H kunde det ibland vara svårt att samverka när det kom direktiv uppifrån andra beslutsfattare. Det gäller att kommunerna blir tillfrågade och det som ska göras måste kunna appliceras på den lokala nivån.

Person B menar att revir hos organisationer eller personer kan uppstå och reviren kan framträda när det blir väldigt konkret vad det är för någonting som ska göras och då är det inte självklart att man hittar formerna för hur man ska arbeta ihop, utan det kan bli mer av stuprör hos varje organisation.

”Tydligheten är när man börjar pinka revir, kom inte hit och kom, det här är mitt område.” (Person C)

Att folkhälsa är en icke-fråga och har låg status togs upp i alla fokusgrupper. Informanterna upplever att det känns som ett område som ofta blir åsidosatt och inte tas på allvar eller inte anses som viktigt eller intressant, samtidigt som det är en frivillig fråga för kommunerna.

”Det finns inget krav för kommunerna att ha någon som hanterar dem här frågorna, det gör ju också att det är lättare att med en gång om det är lite svårt att få ihop budgeten, så tittar man ju ändå på dem tjänsterna.” (Person H)

Informanterna tog upp att det är lätt att tappa gnistan och motivationen när man jobbar i brist på sammanhang och folkhälsoarbetet måste integreras mer med andra verksamheter i kommunerna.

4.4 Förståelse för GU Folkhälsa

Person A menar att det är viktigt att lyfta fram och visa hur mycket pengar ohälsan faktiskt kostar samhället.

”Ja så tror jag också. I olika former lyfta fram att det är faktiskt, det är ekonomi och samhällsutveckling det handlar om och det får man inte om man har sjuka samhällen.” (Person B)

Person B menar att för att kunna se kopplingarna med samhällsutveckling ekonomi, så behövs det kunskap och mod hos beslutsfattarna som måste våga göra förändringar. I alla fokusgrupper togs det upp att det är viktigt att politikerna vågar och har mod till att fatta bra beslut gällande folkhälsan.

”Modiga politiker och kompetenta beslutsfattare, det är en jätte viktig ingrediens.”
(Person B)

Person E sade att politikerna i nätverket behöver förstå vad det handlar om och förmedla det vidare till dem andra kommunstyrelsepolitikerna i alla kommuner. En utbildnings- eller informationsinsats kan behövas för dem som är inblandade i GU Folkhälsa och som till vardags inte är så insatta i folkhälsoarbete, för informanterna upplever ofta att många inte vet vad folkhälsa är egentligen. Person B anser att kunskapsförmedlingen är viktig eftersom det utgör grunden till att beslutsfattarna ska kunna fatta bra beslut och inte fortsätta i gamla spår på grund av okunskap.

”Engagemang. Jag tror vi måste hitta någonting som riktigt engagerar.” (Person C)

Person D tyckte att GU Folkhälsa måste förankras ordentligen ute i kommunerna, så det inte bara antas och sedan bara blir liggandes som ett dokument. Det måste bli något naturligt som berör andra verksamheter. Flera informanter påpekade att det var svårt att veta i dagsläget vad GU Folkhälsa egentligen står för. Det behöver bli mer konkret och tydligt hur man ska arbeta med det.

”Hur påverkar det här kommunerna? Fortfarande är det ett dokument som svävar någonstans ovanför kommunernas praktiska folkhälsoarbete.” (Person H)

Person K menar att GU Folkhälsa innehåller ett antal konsekvenser som ska genomföras. Men flera utav informanterna från kommunerna upplever att dem inte är inblandade i det arbetet ska genomföras och hoppas därför att det utifrån konsekvenserna kommer fram mer konkreta områden för dem att arbeta med. Flera informanter undrade vad som förväntas av kommunerna i arbetet.

4.5 Bättre förutsättningar med GU Folkhälsa

Person B berättar att för att få det här formulerade tänket och viljan till en förbättring, att genomsyras i samhället, måste fler aktörer bli inblandade och det kan exempelvis vara polismyndigheten, försäkringskassan och andra organisationer.

Person D menar att alla måste bli informerade och delaktiga. Annars kan dem som folkhälsostateger känna sig åsidosatta om kommunen tar beslut utan att informera dem som slutligen blir delaktiga i arbetet. Kommunerna är en stor del av folkhälsoarbetet samt detta läns gemensamma program och därför tycker person H att dem behöver bli informerade samt få hjälp och stöd under arbetets gång med GU Folkhälsa.

”...för vi är ju ändå en stor del av kommunerna, det är ändå vi som för ut det här dokumentet, det är ändå vi som driver på det.” (Person H)

Flera informanter påpekade att samverkan inte flyter på och att det inte finns utrymme för det i dagsläget.

”...det ska kännas naturligare att samverka regionalt, att det är en del av det kommunala uppdraget att samverka regionalt, att göra det tillsammans i länet för en kraft...” (Person F)

”...det är väl en ambitionshöjning för länet som helhet att vi ska samverka och ska jobba ihop. Men sen får vi se hur och om det blir så, vilket vi får hoppas.” (Person K)

”Det är inte någon skyr grupp som sitter någonstans och håller på med folkhälsa, utan folkhälsa är verkligheten, det är det vi håller på med liksom.” (Person I)

Person E menar att GU Folkhälsa trycker på hur man bör styra upp arbetet så att det blir organiserat, strukturerat och långsiktigt och att det blir lika för alla kommunerna. Något som dem efterfrågat i många år.

”Ser det mer liknande ut i grunden i kommunerna så blir det ju lättare med samverkan och jämförelser...” (Person F)

Person E menar att om det ser mer lika ut, då kan dem prata mer om vilka metoder som kan användas, ta fram långsiktiga planer, jobba med mål, vilka underlag som behövs och hur en process kan ske. För i dagsläget är det omständigt att sätta sig i in i detaljer när man inte arbetar med liknande saker.

Person K berättade att i och med att GU Folkhälsa blir konkret och vissa områden bestäms att dessa ska man arbeta tillsammans med, så blir det mer hanterligt för kommunerna och ett länsövergripande samarbete framhävs.

”Men sen måste ju då politikerna som sitter i nätverket också föra en dialog med dem som faktiskt utför det, eller som är strateger inom området som i sin tur ska få andra att utföra arbetet.” (Person H)

Då kan idéerna antagligen appliceras bättre till det man gör eller dem områden eller inriktningar som kommunerna har anser person H. Flera utav informanterna tog upp att politikernas eventuella ointresse kan vara bland det största hindret. Alla måste involveras och känna att arbetet med folkhälsa är viktigt.

5 Diskussion

I metoddiskussionen redogörs för undersökningens styrkor och svagheter i metoden samt att resultatens generaliserbarhet diskuteras. Resultatdiskussionen inleds med en kort sammanfattning om vad som framkommit i resultatet och sedan diskuteras resultatet i relation till tidigare forskning.

5.1 Metoddiskussion

Undersökningens *inre validitet*, trovärdighet bevisas genom kommunikativ validitet, deltagarkontroll samt triangulering (Malterud 1998). Kommunikativ validitet uppnåddes

i undersökningen genom att urvalsförfarandet beskrevs och att datainsamlingen samt analysprocessen beskrevs detaljerat. Deltagarkontrollen uppfylldes genom att informanterna fick ta del av det transkriberade materialet och själva kunde korrigera missuppfattningar i intervjumaterialet (ibid.). En fördel med urvalet i denna undersökning var att flera olika parter medverkade i fokusgrupperna. Genom att representanter från kommunerna, landstinget, länsstyrelsen samt region Gävleborg deltog, framkom det hur olika parter upplevde samma situation (Dalen 2008).

Yttre validitet som var överförbarhet och tillämpning gick ut på att de fynd som gjordes vid resultatet presenterades (Malterud 1998). Delar av resultatet som var relevant för syftet och frågeställningarna redovisades under rubrik 4 och sedan tillämpades resultatet gentemot tidigare forskning under rubrik 5.2.

Reliabilitet, det vill säga pålitlighet och rimlighet i undersökningen gick ut på att mätinstrumenten var pålitliga (Malterud 1998). Under gruppintervjuerna användes en diktafon för att spela in allt som sades och ljudkvaliten i diktafonden var bra. En förutsättning för en bra och noggrann transkribering var att det inspelade materialet var hörbart. Men vid enstaka tillfällen under fokusgruppsintervjuerna uppstod det bakgrundsljud och ibland pratade flera utav informanterna samtidigt, något som ledde till att det var svårt att ordagrant skriva ned vad sagts (Kvale & Brinkmann 2009). Till största delen var det inspelade materialet av bra kvalité och personerna pratade mestadels en person åt gången och detta kan bero på att moderatören innan informerade om att det är viktigt att tänka på att prata tydligt och prata en person i taget. Reliabiliteten berodde även på att moderatorns förmåga att genomföra gruppintervjuerna var relativt bra, men eftersom moderatören inte hade stora erfarenheter sedan tidigare hade förmågan kunna varit bättre (Malterud 1998). Eftersom forskaren inte var särskilt insatt i ämnet innan undersökningen genomfördes, bidrog det till att intresset för att söka och ta till sig fakta och kunskaper var stort genom hela undersökningen.Handledaren till denna undersökning var ett bra stöd när forskaren bad om synpunkter och hjälp vid situationer som kändes osäkra (ibid.).

Objektivitet, bekräftelse gick ut på att forskaren var neutral och inte färgade data med sin egen förståelse (Malterud 1998). Eftersom alla tre fokusgrupperna som ingick i denna undersökning genomfördes utav samma moderatör, ökar reliabiliteten (Wibeck 2010). Om flera forskare oberoende av varandra hade gjort översiktsanalyser, det vill

säga analyserat samma intervjumaterial var och en för sig, i denna undersökning och jämfört och diskuterat analyserna, hade det varit ett sätt att försäkra sig om reliabiliteten. Detsamma gäller kodningen, att ju fler olika personer som kodar samma material ju bättre blir reliabiliteten (ibid.). Men eftersom det inte fanns möjlighet att ta hjälp av någon annan i denna undersökning, fick forskaren ensam genomföra arbetet med analysen.

Fokusgrupper ansågs vara ett bra val till denna undersökning för att besvara syftet och frågeställningarna istället för enskilda intervjuer. *”Fokusgrupper är istället en metod som kan användas för att få en djupare förståelse av människors tolkning av ett problemområde”* (Wibeck 2010 s.147).

I denna undersökning inträffade bortfall på två folkhälsostateger och dessa informerade innan fokusgruppen skulle genomföras att de inte kunde medverka och därför är det ett externt bortfall (Ejlertsson 2005). Eftersom vardera representanter från landstinget, länsstyrelsen och region Gävleborg och åtta utav de tio folkhälsostategerna medverkade i fokusgrupperna, har antagligen bortfallet på folkhälsostateger inte någon större betydelse för resultatet, eftersom flera andra folkhälsostateger som befinner i liknande arbetssituationer fick komma till tals i fokusgrupperna.

I en kvalitativ intervjustudie är det en fördel om en eller flera provintervjuer genomförs för att testa intervjuguiden, pröva den tekniska utrustningen samt att intervjuaren får testa sig själv (Dalen 2008). En nackdel i intervjuandet kan alltså vara att moderatören inte hade gjort en provintervju innan, särskilt för att testa intervjuguiden. Men eftersom det inte fanns någon möjlighet att få ihop åtminstone tre personer som är insatta i ämnet och det område som fokusgrupperna kommer att beröra, ansågs det att det inte var någon idé att pröva att genomföra en fokusgrupp, eftersom frågorna som ställdes var öppna. Det fanns igen chans för personer som inte var insatta i ämnet att diskutera fritt kring någonting som dem inte förstår sig på. Den tekniska utrustningen, diktafonen, prövades noggrant innan genomförandet av fokusgrupperna.

Att enbart använda diktafon för att spela in det som sades i fokusgrupperna har både för- och nackdelar. Fördelarna var att gruppmedlemmarna inte upplevdes bry sig om att diktafonen fanns på plats, i jämförelse om en videokamera hade använts (Wibeck 2010). Nackdelarna med att enbart använda ljudinspelning kan vara att enbart rösterna

dokumenterades och på så vis gick det miste om informanternas kroppsspråk och ibland var det svårt att urskilja vem som sagt vad, särskilt i fokusgruppen som innehöll fem deltagare, eftersom det enbart var kvinnor som deltog (ibid.). Men under tiden som fokusgrupperna genomfördes så fördes korta anteckningar ned om vem som sade vad, för att underlätta urskiljandet av deltagarna så gott det gick.

Fokusgrupper som metod sägs vara mer etiskt tilltalande än intervjuer som är styrda (Wibeck 2010). Eftersom informanterna samtalar i en grupp kan en deltagare själv välja att avstå från att uttala sig i en särskild fråga eller inom ett känsligt område, något som hade varit svårare att komma ifrån vid en enskild intervju (ibid.). Nackdelen med en fokusgrupp kan vara att alla informanter inte svarar på alla frågor eller pratar särskilt mycket, men samtidigt är det en fördel att informanterna själva kan välja att inte behöva berätta eller prata inom alla frågor, särskilt om de upplever områdena svåra eller känsliga. Det positiva med fokusgrupperna var att det gav möjlighet till upptäckande eftersom moderatorn fick kunskap om ämnen och grupper av människor som kanske annars inte hade blivit förstådda (Wibeck 2010). Styrkan med fokusgrupperna var att deltagarna uppmuntrades att dela med sig av sina tankar och erfarenheter och dessa sedan sinsemellan kunde jämföras (ibid.). Det inspelade materialet utifrån fokusgrupperna blev förhoppningsvis rikare och diskussioner och åsikter uppkommer oftare genom interaktion med andra, än om enskilda intervjuer hade genomförts.

En fara för trovärdigheten i fokusgrupper kan vara att deltagare inte säger vad de tänker på grund av grupptryck, för att de vill göra gott intryck på de övriga deltagarna eller om fokusgruppsessionen äger rum på en plats där deltagarna känner sig främmande. (Wibeck 2010). Men i denna undersökning fanns det goda förutsättningar för trovärdigheten eftersom deltagarna i fokusgrupperna kände varandra sedan tidigare och verkade våga diskutera och komma med egna åsikter samt att fokusgrupperna genomfördes i lokaler som de har träffats i tidigare. Fokusgrupperna i denna undersökning uppvisar troligen en hög grad av ekologisk validitet (validitet i levande livet) eftersom fokusgrupper är sociala händelser där deltagarnas idéer och tankar bryts mot varandra och förändras (Wibeck 2010).

5.2 Resultatdiskussion

Implementeringen av GU Folkhälsa påbörjades under år 2013 och denna undersökning visar på hur aktörerna upplever att samverkan fungerar i nuläget och vilka

förutsättningar det finns för framtiden. Sammanfattningsvis framkom det att alla informanter var ense om att samverkan, samarbete och samordning är viktigt för att uppnå ett bättre folkhälsoarbete. Eftersom flera av informanterna, särskilt dem i kommunerna, var ensamma i sina funktioner så skulle samverkan vara värdefullt för att dem ska kunna hjälpas åt och bidra till erfarenhetsutbyte. Alla som arbetar med folkhälsa bör känna sig delaktiga och genom att fokusera på specifika områden att arbeta med inom länet skulle det kunna bli det lättare att samverka. En stor brist var att det ännu inte fanns någon representant från kommunerna med i sekretariatet för GU Folkhälsa. Vissa informanter önskade att det ställdes högre krav på vad kommunerna skulle arbeta med, medan andra påpekade att kommunerna har ett självbestämmande. De flesta kommunerna arbetade på egen hand trots att hälsoproblemen såg liknande ut och det framkom att samverkan ofta får stå tillbaka eftersom resandet mellan kommunerna i länet tar mycket tid, trots att det ger mycket. Engagerade, modiga och kompetenta politiker ansågs vara en viktig del för samverkan i folkhälsoarbetet, eftersom det är politikerna som fattar beslut.

Informanterna har påpekat att det är viktigt att samverkan inom länet prioriteras för att befolkningen ska kunna uppnå en god hälsa. Samma slutsats har Sveriges kommuner och landsting (2013) kommit fram till att för att skillnaderna i hälsa ska kunna minskas hos befolkningen så är alla samhällsaktörer viktiga och nödvändiga. För att uppnå goda resultat är aktörerna inte bara viktiga enskilt utan det krävs ett gemensamt arbete (ibid.). Som det framkommit i resultatet måste alla våga släppa det egna arbetet i organisationen lite, så dem tillsammans kan samverka och samarbeta över gränserna. Alla aktörer kan enskilt göra bra insatser, men tillsammans blir dem starkare och kan genomföra ett bättre folkhälsoarbete.

Det framkom i resultatet att dem som arbetade ensamma i sin funktion tyckte att samverkan skulle vara värdefullt för hjälp och utvecklade av arbetet samt erfarenhetsutbyte. Dessa resultat stöds av Axelsson & Bihari-Axelsson (2007) som också ansåg att en ökad samverkan kan förbättra kvalitén i välfärdsproduktionen genom att flera organisationer bidrar med kunskaper och resurser. Det behövs också en regional helhetssyn på invånarnas livsvillkor och hälsa enligt Statens folkhälsoinstitut (2009) och detta kan uppfyllas genom att regionala samverkansorgan bildas.

Många av informanterna upplevde att de inte hade någon bra samverkan med politikerna och att det var viktigt att de var intresserade, modiga och kompetenta för att ett bra folkhälsoarbete skulle kunna genomföras. Jansson & Tillgren (2010) lyfte fram att aktivt engagemang av lokala ledare visade sig vara viktigt för att kunna genomföra ett hållbart och effektivt hälsofrämjande arbete. Engagerade och kunniga tjänstemän och politiker fungerade som drivkrafter för varandra (ibid.), därför vore det viktigt, som det framkom i resultatet, att politikerna blir engagerade och att man vill satsa på att samverkan ska fungera bättre mellan tjänstemännen och politikerna.

I resultatet visades det att några av informanterna från kommunerna tyckte att samordningen skulle vara tydligare och att det skulle ställas högre krav på vad som förväntades av dem, eftersom dem ingår i ett avtal med landstinget och därmed tar emot pengar. Enligt Bailey & Dal Poz (2010) är ett framgångsrikt folkhälsoarbete beroende av stöd och investeringar från internationella organ. Därför kan det vara bra med bättre samordning och redovisningen av det arbete som har bedrivits, för att kommunerna fortsättningsvis ska kunna ta del av det ekonomiska stödet från landstinget.

Alla organisationer förutom kommunerna har fått in en representant till sekretariatet i GU Folkhälsa, något som kan bero på att kommunerna har ett lokalt uppdrag och inte regionalt uppdrag som de andra har. Axelsson & Bihari-Axelsson (2007) menar att ett strukturellt hinder inom samverkan kan vara utformningen av finansieringssystem med olika ansvarsområden och budgetar. Utifrån resultatet framkom det att det vore bra med ett politiskt beslut om att man ska samverka och att det ges möjlighet att ta tid från sitt eget arbete till att arbeta med andra personer. Eftersom kommunerna upplever att tjänsterna är välfyllda och det inte finns tid att blicka utanför sin egen kommun, så vore det bra om det sker en förändring av hur arbetsuppgifterna ser ut så att det verkligen finns tid för att samverka och samarbeta. Något som informanterna hoppas att GU Folkhälsa ska bidra med. För att lyckas skapa en bra samverkan och hålla den vid liv, krävs stora investeringar i tid och energi (Axelsson & Bihari-Axelsson 2007). Eftersom det framkommit i denna undersökning att det i nuläget inte kan läggas mycket tid på samverkan på grund av att det tar mycket tid att resa, så måste det ges utrymme i tjänsterna till att kunna resa till de andra kommunerna för att samverkan ska kunna fungera och genomföras.

Ett hinder som påvisats i resultatet var när aktörerna försvarar sina områden eller åsikter och dessa revir kan komma fram när det blir väldigt konkret vad som ska göras och det inte hittas några former för hur man ska samarbeta. Revirbevakande beteenden mellan olika myndigheter och organisationer hänger samman med kulturella och strukturella förhållanden och är ett vanligt beteende som kan gå ut på att personerna försvarar sina yrkesroller, synsätt och kunskaper (Axelsson & Bihari-Axelsson 2007). Eftersom folkhälsoarbetet visats vara det område där det finns flest fördelar och vinster med att samverka är det synd om revir uppstår som försvårar en samverkan mellan organisationer (ibid.). Det är alltså av stort värde att alla som ska samverka får förståelse för att dem måste lämna sitt revir och tillsammans med andra jobba med gemensamma frågor, eftersom det kan resultera i goda vinster i folkhälsoarbetet.

Problemområdet är intressant och det finns inte särskilt mycket svensk forskning på hur samverkan, samarbete och samordning fungerar i Sveriges län och kommuner. Därför vore det relevant om mer forskning genomförs på området och det kan vara intressant att undersöka och jämföra om det finns någon skillnad på hur samverkan, samarbete och samordning fungerar mellan kommuner som har fått beslutat att dem ska samverka och kommuner som inte har samverkan inkluderade i sina arbetsuppgifter. Det kan också vara intressant att se om det finns några skillnader i hur kommuner lägger upp sitt folkhälsoarbete och om dem samverkar, beroende på om kommunen får stöd eller bidrag med pengar för att utföra folkhälsoarbete eller om dem själva får prioritera och finansiera folkhälsoarbetet.

6 Slutsats

Baslinjemätningen i GU Folkhälsa indikerade att samverkan, samarbete och samordning är nödvändig för att kunna uppnå ett bättre folkhälsoarbete. Alla aktörer är viktiga och bör vara delaktiga i ett gemensamt arbete för att dem ska kunna minska skillnaderna i befolkningens hälsa. Det är önskvärt att ta fram ett policybeslut att aktörerna har rätt till och ska samverka regionalt, för då finns det större chans att samverkan och samarbete skulle kunna genomföras mer. Det är viktigt att politikerna är engagerade och har mod eftersom det är dem som fattar beslut om vad kommunerna ska satsa på att arbeta med. Samverkan, samarbete och samordning kräver stora investeringar i tid och energi, men i slutänden kommer man få igen det genom att det kan bidra till ett bättre folkhälsoarbete för länet, som förhoppningsvis resulterar i en bättre hälsa hos befolkningen.

Det är av stort intresse att en fortsatt undersökning görs om exempelvis två år, för att undersöka om det skett någon förändring och om GU Folkhälsa bidragit till att samverkan, samarbete och samordning har förbättras i Gävleborgs län mellan samtliga aktörer.

Referenser

- Andersen, P.T., El Ansari, W., Rasmussen, H.B. & Stock, C. (2010). "Municipalities Collaborating in Public Health: The Danish Smoking Prevention and Cessation Partnership", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 7, no. 11, pp. 3954-3971
- Axelsson, R. & Bihari-Axelsson, S. (red.) (2007). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur
- Bailey, R. & Dal Poz, M. (2010). "Building the public health workforce to achieve health-related development goals: Moving forward in collaboration", *Journal Of Public Health Policy*, 31, 4, pp. 494-497
- Baum, F. (2008). *The new public health*. 3. ed. Melbourne, Vic.: Oxford University Press
- Berensson, K. (red.) (2009). *Öppna jämförelser 2009. Folkhälsa*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting (SKL)
- Caron, R.M., Hiller, M.D. & Wyman, W.J. (2013). "Engaging Local Public Health System Partnerships to Educate the Future Public Health Workforce", *Journal of community health*, vol. 38, no. 2, pp. 268-276
- Dalen, M. (2008). *Intervju som metod*. 1. Uppl. Malmö: Gleerups utbildning
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. 2. [omarb.] uppl. Lund: Studentlitteratur
- Jansson, E.V., Fosse, E. & Tillgren, P. (2010). "National public health policy in a local context: implementation in two Swedish municipalities" in How to transfer public health research into practice: Challenges in implementation research.

- Jansson, E.V.G. & Tillgren, P.E. (2010). "Health promotion at local level: a case study of content, organization and development in four Swedish municipalities", BMC Public Health, vol. 10, pp. 455-466
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur
- Marmot, M. & Bell, R. (2012). "Fair society, healthy lives". *Public health*, vol. 126, Supplement 1, no. 0, pp. S4-S10.
- Region Gävleborg. (2009). "GU Folkhälsa". Det regionala utvecklingsprogrammet för Gävleborgs län 2009 - 2013.
- Socialdepartementet. (2002). *Mål för folkhälsan: regeringens proposition 2002/03:35*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Solin, S. (2011). *Pålitliga mätningar*. <http://www.ltkronoberg.se/Forskning-och-utveckling/Forbattningsverktyg1/Palitliga-matningar/> [2013-06-17]
- Starrin, B. & Svensson, P-G. (red.) (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur
- Statens folkhälsoinstitut. (2009). *Folkhälsa och regional utveckling – en inventering av hur folkhälsa beaktas i utvecklings- och planeringsdokument*. Rapport 2009:04. Östersund: Statens folkhälsoinstitut
- Statens folkhälsoinstitut. (2010). *Folkhälsopolitisk rapport 2010: framtidens folkhälsa – allas ansvar*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut
- Statens folkhälsoinstitut. (2011). *Lokalt och regionalt folkhälsoarbete: kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut

Stockholms län. Landstinget (1998). *Att folkhälsoarbeta: om metoder och organisation*.

Stockholm: Stockholms läns landsting.

Sveriges kommuner och landsting (2013). *Gör jämlikt – gör skillnad! Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa*. Stockholm: SKL

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. 4., [omarb.] uppl. Lund: Studentlitteratur

Varda DM, Chandra A, Stern SA, Lurie N. (2008). "Core dimensions of connectivity in public health collaboratives", *J Public Health Manag Pract*. 2008;14(5): E1---E7.

Varda, D., Shoup, J.A. & Miller, S. (2012). "A Systematic Review of Collaboration and Network Research in the Public Affairs Literature: Implications for Public Health Practice and Research", *American Journal of Public Health*, vol. 102, no. 3, pp. 564-571.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet

WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion*, First International Conference on Health Promotion, Ottawa. Geneva.

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. 2., uppdaterade och utök. uppl. Lund: Studentlitteratur

Bilaga 1 Informationsbrev



Informationsbrev om gruppintervju

Vid tidigare kontakt tillfrågades du att delta i denna undersökning och därför ges denna information innan intervjun kommer att genomföras. Syftet med denna studie är att genom en baslinjemätning ringa in dagsläget för hur samverkan, samarbete och samordning fungerar, samt förutsättningarna för implementeringen av programmet GU Folkhälsa. Studiens syfte har godkänts av studentens handledare och motiveringen till studien är att den ska resultera i ett examensarbete i folkhälsovetenskap och att Samhällsmedicin, Landstinget Gävleborg ska få ta del av hur det ser ut i nuläget vid implementeringen av programmet GU Folkhälsa.

Du har valts ut till denna undersökning eftersom ni som är folkhälsostrateger från kommuner, utvalda personer från Region Gävleborg, landstinget och länsstyrelsen ingår i GU Folkhälsa.

Ditt deltagande i gruppintervjun uppskattas mycket eftersom dina svar är viktiga för att kvalitén på undersökningen ska bli så bra som möjlig. Varje fokusgrupp beräknas ta 60 minuter och har mellan 3-5 deltagare.

Metoden fokusgruppsintervjuer innebär att en grupp människor får diskutera ett givet ämne med varandra. Gruppen leds av mig som är en moderator och målet med fokusgruppen är att gruppdeltagarna ska diskutera fritt med varandra. Diskussionen under gruppintervjun kommer att spelas in med en diktafon, som sedan kommer att bearbetas av mig som moderator. Materialet kommer att behandlas och förvaras på ett sådant sätt att deltagarna inte kan identifieras av utomstående personer.

Genom att få deltagarnas samtycke, har du själv rätt att bestämma över din medverkan. Deltagandet i gruppintervjun är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta. Studiens resultat kommer presenteras både muntligt och skriftligt på Högskolan i Gävle och Samhällsmedicin kommer att få ta del av resultatet. Deltagarna i undersökningen har även rätt att ta del av resultatet, som kommer skickas till de deltagare som önskar det.

För mer information eller om det uppstår frågor kan jag, Jenny Hjertbro kontaktas på e-post: xxxx@xxxx eller på telefonnummer xxx-xxxxxxx.

Tack på förhand!

Jenny Hjertbro, ansvarig för studien

Godkänt av: Ieva Reine, handledare på Högskolan i Gävle xxxx@xxxx.

Bilaga 2 Intervjuguide

